FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1957 N° 202

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

PIOLET JEAN-PIERRE

ANCIEN EXTERNE des HOPITAUX de PARIS

Né le 2 Mars 1929 à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le 1957

A PROPOS DE QUELQUES CAS RÉCENTS DE

PUSTULOSE VARICELLIFORME DE KAPOSI-JULIUSBERG

DEDUCTIONS CLINIQUES et THERAPEUTIQUES

DISCUSSION ETIOLOGIQUE

PRESIDENT : Monsieur le Professeur R. DEGOS

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1957 N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

PIOLET JEAN-PIERRE

ANCIEN EXTERNE des HOPITAUX de PARIS

Né le 2 Mars 1929 à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le *1957*

A PROPOS DE QUELQUES CAS RÉCENTS DE

PUSTULOSE VARICELLIFORME

DE

KAPOSI-JULIUSBERG

DEDUCTIONS CLINIQUES et THERAPEUTIQUES

DISCUSSION ETIOLOGIQUE

PRESIDENT : Monsieur le Professeur R. DEGOS

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

1 - 10 - 56

Doyen Honoraire : M. BAUDOUIN

Professeurs Honoraires : MM. BAUDOUIN, BENARD(H) BROCQ (P), CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DEBRE (R) DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE(G) LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOSQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER (E), RICHET (Ch), SANNIE, SEZARY, TANON, VELTER.

Doyen : . . . . . Léon BINET
Membre de l'Institut

Assesseur : . . . . . Jean VERNE

I.- PROFESSEURS :

Anatomie		CORDIER (G.)
Anatomie Pathologique		DELARUE (A.)
Bacteriologie		FASQUELLE (R.)
Biologie appliquée à l'Educ. Phy. et Sports		CHAILLEY-BERT (P)
Biologie Médicale		FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et Sociale		JEAN-BERNARD
Chimie Médicale		JAYLE (M.F.)
Cliniques Chirurgicales	Hotêl-Dieu	MENEGAUX
	Beaujon	SICARD (A)
	Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
	Cochin	QUENU (J.)
Clinique Chirurgicale réparatrice et Horto.		MERLE D' AUBIGNE(R.)
Clinique de Cardiologie		MOUQUIN (M.)
Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire de		GAUDART D'ALLAINES
Clinique de Chirurgie Infantile et d'Ortho.		FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire		Monod (R.)
Clinique de la tuberculose		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie		PETIT DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture		LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphil.		DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang		CHEVALLIER (P)
Clinique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants		CATHALA
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et encéphale		DELAY (J.)
Clinique gynécologique		FUNCK-BRENTANO (P.)
Cliniques Médicales	Hotel-Dieu	BARIETY (M.)
	Bichat	JUSTIN-BESANCON
	Cochin	MOREAU (R.)
	Broussais	DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climato. thérap.		DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR	VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition		BOULIN (R.)

Cliniques obstétricales	Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Port-Royal	VARANGOT
Clinique ophtalmologique		RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique problèmes aliment.		HAMBURGER
Clinique psychiatrique infantile		HEUYER
Clinique rhumatologique et sociale		COSTE (F.)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale		SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A.)
Clinique urologique		FEY (B.)
Embryologie		GIROUD (A.)
Génétique médicale		LAMY (M.)
Histoire de la médecine et chirurgie		SOULIE
Histologie		VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance		TURPIN
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (C.)
Médecine du travail		DESOILLE (H.)
Médecine légale		PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale		GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale		N...
Pathologie exotique		LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée		LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)		MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale		DECOURT
Pathologie et thérapeutique générale		GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale		MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale		HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre pers.)		DOGNON (A.)
Physiologie		BINET (L.)
Physique médicale		STROHL (A.)
Radiologie médicale		DEGREZ (H.)
Technique chirurgicale		PATEL
Thérapeutique		N...

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie	DELMAS, A. pr. s. ch.
	DEBEYRE, J.
	OLIVIER
	CABROL, C.
Anatomie pathologique	GAUTIER VILLARD, Mlle P. pr.s.ch.
	BUSSER, F.
	GOUYGOU, Ch.
Bactériologie	NEVOT, A.
	CHRISTOL, D.

Biochimie médicale	ETTORI, J. pr. s; ch. N... N...
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT, F.
Biologie médicale	BOURLIERE, F.
Embryologie	TUCHMANN
Histologie	N... N... N...
Hydrologie	CORNET
Hygiéne	BOYER, J. pr. s. ch. DEPARIS, M. pr. s. ch.
Maladies infectieuses	BASTIN
Médecine légale et travail	DEROBERT, L. pr. s. ch. GAULTIER, M. HADENGUE, A. ALBAHARY
Neurochirurgie	DAVID, M.
Neurologie	LHERMITTE
Obstétrique	GRASSET, J. LEPAGE, F. MERGER, R. MORIN, P. RAVINA, J. ROBEY, M. LE LORIER
Ophtalmologie	DESVIGNES, P. BREGEAT
Orthopedie	JUDET, R.
Ote-rhino-laryngologie	AUBRY, M. MADURO, R.
Parasitologie	CHABAUD, A. N...
Patologie chirurgicale	ABOULKER, P. BAUMANN, J. GOSSET, J. LAURENCE, G LORTAT JACOB, J. OLIVIER, Cl. POILLEUX, F. VERNE, J.M. DUBOST MATHEY FLABEAU CAUCHOIS FAUREL

Pathologie expérimentale	BARCAT GERMAIN THOMERET LOEPER MAURICE
Patologie médicale	BOUDIN, G. CASTAIGNE, P. CONTE, M. DOMART, A. LAMOTTE, M LAROCHE, Cl. MILLIEZ, P. PEQUIGNOT, H. PERRAULT, M. RAMBERT, P. THIEFFRY, St. TURIAF, J. BRICAIRE ROYER BRISSAUD DÉROT BOUVIER MACREZ WOLFROMM
Pédiatrie	JOSEPH, R. MOZZICONACCI, P. POLONOVSKY
Pharmacologie	CHEYMOL, J. pr. s. ch. LEVY, Mlle j. pr. s. ch.
Physiologie	BARJETON, J. pr. s. ch. PARROT, J. pr. s; ch. DEJOURS, P.
Physique médicale	DJOURNO, A. pr. s. ch. GOUGEROT, L.
Pneumo-Phtisiologie	KREIS, B.
Psychiatrie	PICHOT
Psychiatrie infantile	MICHAUX, Z.
Rhumatologie	DELBARRE
Stomatologie	CHAPUT, Mme A. CERNEA, P.
Thérapeutique	CHASSAGNE
UROLOGIE	KUSS, R.

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

Clinique chirurgicale	AMELINE, A. HUGUIER, J. LEGER, L. PADOVANI, P. ROUX, M. RUDLER, J.C.
Clinique médicale	BROUET, G. N... DREYFUS, Gilbert HAGUENAU, M. pr. s. Ch. KOURILSKY, R. MARCHAL, G.
Clinique obstétricale	ECALLE, G. MAYER, M.
Clinique ophtalmologique	OFFRET, G.
Clinique urologique	COUVELAIRE, R.

==========

Secrétaire général de la Faculté.... M. MOREL, J.
Secrétaire ..... Mlle CHAINTREUIL, C.

Conservateur, chargé de la direction M. le Dr. HAHN, A.
Conservateur ..... Mlle GOICHON
Bibliothécaire ..... Mlles DUMAITRE,P.
LAURENT, H. LE NOIR, G. QUIEVREUX,E.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n' entend leur donner aucune approbation ni improbation.

==========

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551509_0055

A MON PERE,

A MA MERE,

AUX MIENS,

A MES AMIS.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur A. D E G O S

Professeur de Clinique des Maladies cutanées
à l'Hôpital St LOUIS.

Qui nous a fait le grand honneur
de bien vouloir accepter la
présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression
de notre gratitude et de notre
hommage respectueux.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur M. B O L G E R T

Médecin de l'Hôpital St LOUIS

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé de ses précieux conseils.

Avec notre reconnaissance et nos sentiments respectueux.

A NOS MAITRES dans les HOPITAUX DE PARIS :

- Monsieur le Professeur PASTEUR-VALLERY-RADOT

  Professeur de Clinique médicale Propédeutique
  à l'Hôpital BROUSSAIS.

- Monsieur le Professeur A. S I C A R D

  Professeur de Clinique chirurgicale St ANTOINE
  de la Faculté de Médecine de l'Université de PARIS.

- Monsieur le Professeur Agrégé B O U V I E R

- Monsieur le Professeur Agrgé A. D O M A R T.

- Monsieur le Professeur Agrégé F. F L A B E A U.

- Monsieur le Professeur Agrégé Cl. L A R O C H E.

- Monsieur le Professeur Agrégé P. M I L L I E Z.

- Monsieur le Professeur Agrégé A. W O L F R O M M.

- Monsieur le Docteur E. A Z E R A D.

- Monsieur le Docteur M O U S S O I R.

- Monsieur le Docteur A. S C H W O B.

A MESSIEURS les DOCTEURS :

- L E S O U R D,
- P O I S S O N,
- T A B E R N A T,
- D E L U Z E N N E.

Monsieur le Docteur A. C O D E T.

INTRODUCTION

Connue et décrite à la fin du siècle dernier, la pustulose varioelliforme de KAPOSI-JULIUSBERG est une maladie relativement fréquente. Une revue de la littérature européenne et anglo-saxonne retrouve la description de cas sporadiques, plus rarement d'une véritable épidémie.

Cette maladie, touchant essentiellement les nourrissons et les jeunes enfants, se greffe, en règle, sur une affection cutanée préexistante, l'eczéma restant la lésion la plus fréquente. Elle intéressera beaucoup plus rarement l'adulte et compliquera exceptionnellement un sycosis, un impetigo de la face, un pemphigus ou une plaie des membres.

Si la clinique est actuellement bien connue, le seul problème en suspens reste l'étiologie.

On conçoit d'ailleurs la difficulté du problème concernant l'étude des antécédents auprès des parents ou de l'entourage, parfois difficile et incomplète dans le cas des enfants vivant loin de leur famille. Surtout les investigations biologiques restent particulièrement ardues.

On comprend dès lors qu'on ait pu élaborer plusieurs théories pathogéniques, chacune ayantd'ardents défenseurs et souvent acceptables en raison du contexte clinique.

La survenue dans le service de notre Maître, le Docteur M. BOLGERT, d'une pétite épidémie de 6 cas en l'espace de deux mois et les investigations qui l'ont accompagnée, nous autorisera à discuter une nouvelle étiologie que nous n'avons retrouvée soutenue nulle part ailleurs.

Le plan de notre exposé sera le suivant :

- après avoir fait l'historique de la question, ce qui nous permettra d'avoir une idée du problème,

- nous exposerons les cas personnels qui servirent de base à l'exposé ultérieur.

- un chapitre clinique, à la fois descriptif et critique, résumera les faits saillants de la maladie.

- Et nous terminerons par une discussion d'ordre étiologique qui fait,nous le verrons, tout l'intérêt de cette maladie bien curieuse qui a pu laisser libre cours à plusieurs hypothèses.

HISTORIQUE

- C'est KAPOSI qui décrivit pour la première fois en 1887 une affection qu'il dénomma : eczéma herpétiforme. Complication grave de l'eczéma infantile, caractérisée par des pustules associées à un oedème cutané et à une élévation thermique, la mort étant survenue dans les 10 cas observés.

- Plus tard, en 1898, JULIUS BERG rapporta un cas identique chez un enfant eczémateux, non vacciné antérieurement, qui présenta une éruption pustuleuse ressemblant à celle de la variole, mais l'absence d'énanthème sur les muqueuses lui fit rejeter ce diagnostic, ainsi d'ailleurs que celui de varicelle,devant la gravité du tableau clinique.

Il conclut alors de la même façon que son prédécesseur et dénomma cette maladie : pustulose varioliforme.

- Il faut attendre 1920 pour trouver la première description française, due à PETGES et ROCAZ de Bordeaux. Ces auteurs rapportèrent 11 cas d'éruption papulo -vésiculeuse suintante et suppurante, siégeant sur les fesses et les cuisses, avec adénopathie satellite, chez des nourrissons de 8 à 10 mois, n'ayant présenté aucune lésion cutanée antérieure.

Ils émirent une hypothèse vaccinale, se fondant sur un fait clinique : l'auto-inoculation au bras d'un nourrisson du contenu d'une pustule fit apparaître dans les délais habituels un élément en tout point vaccinal. Cependant, le siège anormal des lésions pour une pustulose varicelliforme aigüe, leur firent décrire cette maladie sous le nom d'ecthyma vacciniforme syphiloïde infantile. Aujourd'hui encore, connue sous ce nom, elle semble une entité distincte.

- Nouveau cas décrit par FREUND en 1930 : il s'agissait d'un enfant de 30 mois, eczémateux, non vacciné, qui développa dans un tableau hectique une éruption pustuleuse à marche ascendante, à deux poussées séparées de quelques jours, suivies de guérison rapide.

La maladie fut alors étudiée, pour la première fois, expérimentalement : l'inoculation à la cornée du lapin du liquide de pustule avait entraîné une kérato-conjonctivite, réinoculable à un deuxième lapin.

D'autre part, on découvrit des corpuscules de GUARNIERI

dans certaines sections de la cornée d'un lapin inoculée avec le contenu d'une pustule fraîche.

- Plus tard, FRUMWALD à Berlin et Mac LACHLAN à Glasgow, décrivirent cette éruption chez des adultes anciens eczémateux. Dans tous ces cas les pustules siégeaient à la face, s'accompagnaient de fièvre à 39° et d'adénopathie satellite. La guérison survint rapidement.

Cette affection reçut le nom de pustulose varioliforme.

- Une nouvelle étape, dès 1934, fut marquée par la découverte à l'examen direct ou par culture, de Staphylocoque ou de Streptocoque dans le contenu des pustules. Citons à l'origine de ces travaux les noms de BROWN, de CARSON et LUDY, de SCHWARTZ, enfin ceux de TEDDER et ELLIS, ces derniers ayant mis en honneur une nouvelle appellation : eczéma vaccinatum.

Un cas de BENDRE rapporta une éruption pustuleuse sur la partie médiane du pied droit chez un marin vacciné antérieurement 3 fois avec succès contre la variole. Peu avant la survenue de l'éruption, cet homme avait été en contact avec d'autres marins antérieurement vaccinés ou ayant eu la variole.

Cependant, on ne retrouva ni corps de Guarniéri, ni corps de Parchen dans les lésions, mais seulement des Staphylocoques.

Citons encore deux cas rapportés par KISSEMEYER et BUHL. Il s'agissait d'une éruption pustuleuse survenue chez 2 fillettes de 2 ans présentant un eczéma infecté. L'étude microbienne du contenu des pustules révéla du staphylocoque et, fait particulier, du bacille diphtérique.

- Mais, il faut attendre 1939 avec GOYERT de Berlin, pour assister à la naissance d'une véritable théorie microbienne à l'origine de la pustulose.

Chez un enfant de 6 mois, atteint d'eczéma de la face depuis l'âge de 4 semaines, l'absence de vaccination, de contage avec des vaccinés ou des varicelleux, les résultats négatifs des inoculations à la cornée du lapin et, enfin, la présence de staphylocoques dans le liquide des pustules, fit émettre une théorie staphylococcique.

- A la même époque en Amérique, Allen D.KING rapporte 5 cas cliniques semblables, dont 3 chez des enfants.

De même, WIEDMAN signala un cas de pustulose compliquant, fait assez particulier, un pemphigus.

- Cependant en 1942, TOURAINE et LORTAT-JACOB présentèrent à la Société Française de Dermatologie un cas de pustulose chez une fillette de 5 mois et demi, atteinte d'eczéma généralisé rebelle. L'absence de vaccination antérieure, surtout la notion de contact avec une soeur vaccinée avec succès un mois auparavant, firent évoquer une vaccine généralisée. Cette question fut d'ailleurs reprise l'année suivante dans la thèse d'E.BALTER inspirée par ces auteurs.

- Et depuis, des examens paracliniques pratiqués lors d'autres cas de pustulose ont plaidé en faveur d'une vaccine. Nous citerons,en France, le cas de SEZARY : vaccine du poignet chez un adulte non vacciné et ayant pour point de départ des gerçures dues aufroid.

De même, rappelons le cas de HALLEZ publié dans la Gazette Médicale de Mai 1945 : prurigo staphulus chez un enfant de 2 ans avec survenue de pustulose après contamination auprès d'une soeur récemment vaccinée.

A l'étranger, FRIES rapporte, en 1948, 16 observations personnelles et conclut, lui aussi, à une vaccine généralisée;

De même SOMMERVILLE et Collaborateurs de Glasgow, qui ont pu isoler le virus vaccinal dans 4 cas sur 10; GRIST dans 6 cas sur 9.

= Cependant d'autres auteurs ayant pu isoler le virus herpès simplex à partir de l"sions cutanées (kérato-conjonctivite chez le lapin, présence d'inclusions intranucléaires, passage intra-cérébral à la souris, immunité croisée, anticorps dans le sérum) soutiennent la théorie herpétique. Ils se recrutent surtout dans les pays anglo-saxons : citons ESSER, BARTON et BRUNTING RUCHMAN, RUITER, JACKSON et SIMPSON. En Allemagne : MANEKE, LAVIGCWER et MORMSCH, En france, nous avons relevé un cas récent publié en 1956 par VAYRE, COLOMB et CASFINGER de Lyon dans le bulletin de la Société Française de Dermatologie, en faveur de cette thèse.

- Mais d'autres germes ont pu encore être mis en évidence. Un auteur viennois, KAISER, lors de plusieurs cas récents de pustulose, aurait découvert dans les kératites expérimentales et les pustules des enfants, des corpuscules élémentaires inédits rappelant les micromycites de Gerbach.

Enfin les rapports entre la pustulose et la varicelle ont pu être discutés et d'ailleurs récusés par CIANOTTI en 1955 à l'occasion de 22 cas d'éruption varicelliforme.

Après cet exposé historique concernant la théorie de la pustulose, nous exposerons nos cas personnels qui nous permettront de dégager un tableau clinique et nous autoriseront à proposer une nouvelle hypothèse étiologique.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Quelques cas de pustulose varicelliforme ont été observés et suivis dans le service de notre Maître , le Docteur M.BOLGERT, à St-Louis, au printemps 1956. Cette maladie a atteint des enfants,alors hospitalisés pour eczéma.

Signalons d'emblée que deux enfants avaient été auparavant vacciné contre la variole.

En outre, la survenue de ces cas dans la même salle, presque à la même époque, souligne l'intervention d'un élément pathogène contagieux.

Voici, rapportés par ordre chronologique, les cas observés . Chacun sera accompagné des résultats d'examen virulogique, dûs à Mme VIRAT, Assistante du Pr. LEPINE à l'Institut Pasteur.

OBSERVATION I

M... DIDIER, 17 mois, pesant 9 k.950, non vacciné, et sans varicelle antérieure, sans contact avec un sujet vacciné, est hospitalisé le 29 février 1956 pour eczéma surinfecté fébrile. Cet eczéma était apparu à l'âge de 4 mois à la face et évoluait par poussées, touchant parfois les plis de flexion. Une poussée récente, rebelle aux antibiotiques (Erythromycine) entraîna l'entrée de l'enfant dans le service.

Cet eczéma, alors localisé au visage, au cuir chevelu et aux membres, se couvrit rapidement de pustules, respectant la peau saine. Ces pustules prédominaient à la face, tendaient à confluer et laissaient s'écouler une sérosité séro-hémorragique. Elles se couvrirent par la suite de croûtes sanguinolentes.

La peau, rouge, était épaissie, oedémateuse; les paupières bouffies, empêchaient toute ouverture de l'oeil.

Des vésiculo-pustules étaient retrouvées, reposant sur une base erythémateuse, au niveau du poignet gauche, ainsi que sur ses cuisses.

Cette éruption survenait chez un enfant à l'état général altéré, fatigué, fébrile (température oscillante entre 38° et 40°).

Dès que possible des examens complémentaires furent pratiqués :

= Cuti : négative

= Numération globulaire : 4.200.000 hématies
7.800 leucocytes
avec une polynucléose neutrophile à 72 %.

= P.L. : Normale (2 éléments; 0,10 g. d'albumine)

= Hémoculture : négative en aéro-anaérobie,

= Culot urinaire : normal,

= Radio pulmonaire : normale ,

= Ensemencement de la gorge sur milieu de Loeffler : pas de bacille diphtérique.

Enfin, un prélèvement de pus au niveau des pustules montra de nombreux polynucléaires très altérés, de nombreux pneumobacilles, quelques staphylocoques et streptocoques.

Le diagnostic de pustullose varicelliforme fut posé, et l'on commença le 4 mars un traitement par Tétracycline (0,50 g.) et Cortanoyl (25 mgrs). Mais, dans la nuit du 4 au 5 mars, l'altération importante de l'état général de l'enfant, l'importance de sa dyspnée, entraînèrent son transfert dans le Service du Pr. TURPIN.

Le même traitement général fut continué, associé au traitement local (sérum physiologique, crème de Dalibour).

L'amélioration de l'enfant fut rapide; la température oscilla autour de 38° pendant une semaine.

Le 12 mars, la numération montrait 14.400 leucocytes avec 61 % de polynucléaires neutrophyles.

Une coproculture fut pratiquée le 13 mars:

on retrouva du staphylocoque doré et colibacilles simples.

- Dès le 14 Mars, les lésions se détergèrent, les croûtes tombèrent découvrant des surfaces suintantes et rouges où se retrouvaient les contours polycycliques des anciennes pustules. Les lésions s'améliorèrent rapidement, tandis que les doses de Cortancyl étaient progressivement abaissées; un traitement local par la pommade à l'Hydrocortisone fut institué. La Tétracycline fut continuée aux mêmes doses.

- Du 22 au 30 Mars, survint une rougeole, d'aspect purpurique, mais dont l'évolution se fit dans les délais normaux. Les antibiotiques et le Cortancyl furent arrêtés au 10ème jour.

- Le 7 Avril, toutes les lésions d'eczéma avaient disparu; seule la peau du visage semblait encore un peu infiltrée. Mais l'enfant était grognon, paraissait photophobique : on découvrit alors une kératite, traitée par un collyre au Chloram -phénicol, puis à l'Hydrocortisone et par l'occlusion des yeux. Cette kératite évolua très lentement, mais finit par guérir.

- L'enfant a quitté l'hopital le 7 Mai, en bon état général, pesant 10 kg,850, sans lésion d'eczéma. Mais, ce dernier est réapparu quelques semaines plus tard.

- Toutes les réactions virologiques pratiquées lors de la pustulose furent négatives.

OBSERVATION II

C... ALAIN, 18 mois, pesant 10 Kgs, présentait un eczéma constitutionnel depuis l'âge de 2 mois. Il avait cependant été vacciné contre la variole, avait eu la rougeole, mais non la varicelle.

Il est hospitalisé le 28 février 1956 pour eczéma

aigü suintant de la face avec gros oedème des 2 paupières, empêchant l'ouverture de l'oeil (dermite artificielle surajoutée ?). Il n'y avait pas de fièvre.

Un traitement local (compresses au sulfate de zinc, puis pâte à l'Ichtyol) et général (salicylate de soude) entraînent une amélioration manifeste.

- Le 6 Mars, poussée thermique à 39° avec tuméfaction parotidienne bilatérale sans signes inflammatoires, sans rougeur du canal de Stenon . L'examen retrouve un ganglion sous angulo-maxillaire droit. Cette élévation thermique fut d'abord considérée comme une surinfection et traitée par Tétrasulfamides (2gr.par jour).

- Le 8 Mars, apparurent des éléments vésico-pustuleux, un peu séro-hémorragiques, de la taille d'un gros grain de mil, très confluents sur le front, reposant sur une base non indurée. Sur les joues, on en dénombre une demi-douzaine à gauche, une vingtaine à droite. On note, de plus, une pustule en avant du tragus gauche, une autre sous le pavillon de l'oreille droite. Les examens leucopharyngés et O R L sont négatifs.

L'enfant est mis à la Sanclomycine (0.50 g) et au Cortancyl (10 mgr) par jour.

- Le 10 Mars, la fièvre a disparu .

- Le 12 Mars, on ne notait plus de tuméfaction parotidienne,cependant que les éléments pustuleux se déclenchaient se couvrant de croûtes.

L'enfant a quitté le Service le 8 Avril, guéri de sa pustulose et de son eczéma.

- Toutes les recherches virologiques furent négatives.

OBSERVATION III

L... GILLES, 17 mois, pesant 10 kg,500, a été vacciné contre la variole à 6 mois,n'a eu ni rougeole, ni varicelle. Son eczéma remontait à l'âge de 8 mois.

A l'entrée , le 25 Février 1956, il présente un eczéma banal modérément suintant à la face, rien sur le reste du corps.

L'état général est satisfaisant; apyrexie.

L'examen somatique est négatif.

Le traitement local (pulvérisations, Eosine, alcool, crème Dalibour) entraîne une amélioration.

- Le 10 Mars, poussée thermique à 38°. On note alors quelques éléments vésico-pustuleux non ombiliqués au niveau du front, de la taille d'une lentille, non indurés à la base; il existe aussi 2 éléments sur chaque joue, un peu séro-hémorragique. L'éruption va rester localisée à la face.

Dans les jours suivants, la température est oscillante : 37° le matin, 38° le soir; elle disparaît :

- le 14 Mars, en même temps que les éléments pustuleux commencent à se dessécher et se couvrir de croûtes.

L'enfant est sorti guéri le 1er Avril,sans avoir reçu de traitement par voie générale (en raison de la bénignité des signes généraux).

- Aucune recherche virologique n'a été faite.

OBSERVATION IV

D... ANDREE, 5 mois, entre dans le Service le 28 février 1956 pour eczéma suintant de la face. Apyrexie.
Elle n'avait pas été vaccinée, n'avait pas eu la varicelle.

Un traitement local amena une amélioration de

l'eczéma.

- Mais, le 8 Mars, survint une nouvelle poussée eczémateuse avec adénopathie sous-angulo-maxillaire droite.

On donne alors 0,25 g.par jour de Chloromycétine.

- Le 11 Mars, élévation thermique à 40° avec large oedème de la face. L'examen ORL reste négatif.

- Le 13 Mars, apparaissent sur l'hémiface droite des pustules non ombiliquées, respectant les muqueuses et, en particulier, la conjonctive oculaire.

L'enfant reçut sans succès

- du 11 au 15 Mars, une association Pénicilline-Streptomycine .
- Le 15 Mars, il fut donne 0,25 g d'Erythromycine et 5 mgr de Cortancyl par jour, pendant une semaine.

Dès le début du traitement, la température tomba régulièrement à 37°. Les pustules avaient aéquis leur développement en 48 h. et se désséchèrent rapidement; mais les croûtes persisteront pendant 8 jours.

Guérison sans cicatrice.

OBSERVATION V

C... JACQUES, 20 mois, pesant 9 kgs, n'a pas été vacciné, n'a pas eu la varicelle.

Il entre dans le Service le 22 Février 1956 pour un eczéma de la face remontant à une date imprécise.

- Du 22 au 28 février, la température est oscillante entre 37° et 38°, puis s'élève à 39°8; elle est liée à une otite bilatérale (paracentèse à droite) avec bronchite:

2g,50 de Tétrasulfamides entraînent une défferves-cence thermique en 4 jours.

L'eczéma fut traité de façon habituelle (Milian Crème Dalibour).

- Le 18 Mars, un clocher thermique à 40° 4 nécessite l'appel de l'interne de garde qui prescrit 0,25 g. d'Erythromycine.

  = Chute thermique rapide.

  = Paracentèses négatives malgré des tympans congestifs.

  L'antibiotique fut prescrit jusqu'au 22 Mars: malgré cette administration la température va s'élever progressivement à partir du 20 Mars jusqu'à 39°.

-Vers le 21 Mars, apparurent plusieurs vésico-pustules sur le front et le menton, d'aspect analogue aux précédentes.

  L'enfant reçut 10 mgr de Cortancyl et 0 g,50 de Sanclomycine par jour, pendant 7 jours, auxquels on associa 2 gouttes de Digitaline en raison d'un certain degré de tachycardie avec assourdissement des bruits et tachypnée légère.

- Chute thermique le 24 Mars, avec dessication des lésions,mais reprise de quelques oscillations atteignant 38°4 du 27 au 29 Mars.

- Le 10 Avril, une nouvelle poussée thermique se produit,liée à une nouvelle otite,qui va prolonger le séjour dans le Service.

- Les recherches virologiques sont restées négatives.

OBSERVATION VI

E... JOSE, 11 mois, pesant 8 k,200, porteur d'un pied bot congénital gauche, n'a eu ni vaccination, ni varicelle.

Il entre dans le Service le 20 Mars 1956 pour un eczéma du visage et des membres avec fièvre à 38°4, liée à une otite (paracentèse gauche ramenant du sang).

Les antibiotiques amènent l'apyrexie,tandis

que l'eczéma est traité pour son compte (Dalibour, Sirop de Phenergan).

- Deuxième poussée thermique le 27 Mars : nouvelle otite , nouvelle paracentèse (sang + pus).

- Le 1er Avril, la guérison semble totale.

- Mais le 3 Avril, nouvelle poussée thermique à 40°6, avec grosse atteinte de l'état général, alors que l'eczéma a disparu . Un examen ORL révèle une otorrhée tulaire bilatérale traitée par Penicilline-Streptomycine.

- Le 6 Avril, la fièvre qui était incomplétement tombée,remonte à 40°. Un nouvel examen ORL montre alors une pustule au fond du conduit à gauche. Sur la peau apparaissent des pustules nombreuses et confluentes qui s'ombiliquent rapidement, localisées sur l'hémiface gauche (front, tempes et joues). Il faut insister sur la topographie zoniforme très curieuse de l'éruption qui s'associe à une grosse adénopathie cervicale et occipitale, à une tuméfaction parotidienne gauche et à un important oedème cutané.

  Il fut administré 0,50 g. de Sanclomycine et 10 mgr de Cortancyl par jour.

- La température tomba dès le 7 Avril entre 38 et 39° et l'apyrexie fut notée dès le 9 Avril.

- Le 10 Avril une numération globulaire montra :

  = 4.390.000 hématies

  = 9,000 leucocytes avec 40 % de polynucléaires neutrophiles.

  = Au culot urinaire : cellules épithéliales, quelques polynucléaires, de très nombreux staphylocoques.

  La sérosité d'une pustule fraîche apparue tardivementfut envoyée le 9 Avril à l'Institut Pasteur:

  = elle renfermait un virus de type varicelleux.

  Nous y reviendrons.

- Le 11 Avril, la température est normale. Localement, les lésions sont sèches, croûteuses, en dehors de l'oreille

qui suinte. Mais d'autres pustules sont en évolution, sur la cuisse droite.

- La guérison survint rapidement quelques jours après.

- Mais le 2 Mai, l'enfant présentait un syndrome de dyspnée aigüe et devait succomber en 24 heures.

" L'autopsie et l'examen histologique permirent de constater :

= un oedème cérébral,

= une congestion pulmonaire et

= une néphrite toxique.

Mais il semble s'agir d'un syndrome tout-à-fait indépendant de la pustulose varicelliforme " (Dr. BOLGERT).

OBSERVATION VII

S... YVETTE, 23 mois, vaccinée contre la variole,

présentait un eczéma constitutionnel depuis la naissance, est hospitalisée le

- 23 Novembre 1955, pour un eczéma surinfecté localisé à la face et aux plis, très suintant, avec otite purulente.

La pénicilline seule nettoie radicalement l'enfant.

Pendant l'épidémie de pustulose, l'enfant était sous Cortancyl (5 mgr par jour) traitement interrompu le 4 Avril 1956.

- Le 23 Avril, apparut près de la commissure labiale gauche une petite plaque érythémateuse, alors qu'il n'existait plus de lésions d'eczéma. Le lendemain, elle se couvrit de petites pustules ombiliquées dont s'écoula une sérosité claire.

= Bon état général, apyrexie.

= Adénopathie sous-angulo-maxillaire gauche.

L'enfant est mise au Cortancyl (10 mgr par jour).

- En 24 heures, les lésions sont devenues sèches, puis croûteuses. Cependant, on a pu pratiquer un examen de la sérosité après prélèvement.

- En quelques jours, la guérison fut complète.

Nous avons joint ce dernier cas aux autres en raison de sa succession chronologique. En fait, les diverses investigations virologiques n'ont pas confirmé le diagnostic de pustulose varicelliforme. Si l'on a pu obtenir chez le lapin une kérato-conjonctivite purulente et un érythème vésiculeux le long des stries de scarification cutanée,faisant évoquer un virus vaccinal, il n'a jamais pu être retrouvé ni au microscope électronique, ni par isolement sur la membrane de l'oeuf embryonnaire.

Chez ce lapin inoculé, une intra-dermo réaction est restée négative à une souche de neuro-vaccin.

Mais le sérum de ce lapin prélevé 20 jours après inoculation s'est révélé positif par déviation du complément vis-à-vis de l'antigène de l'herpès, ainsi d'ailleurs que le sérum du malade.

On doit donc conclure que ce dernier cas concernait un herpès, cliniquement vraisemblable, et dont la nature a pu être expérimentalement confirmée.

DISCUSSION CLINIQUE

Telles sont, résumées, les observations de six enfants hospitalisés dans le Service, qui ont fait l'objet d'une communication à la Société Française de Dermatologie le 14 Juin 1956.

D'emblée, elles mettent en relief :

- une notion épidémique,
- une unité clinique.

Ces observations vont nous permettre de dresser un tableau de cette maladie relativement fréquente et facile à reconnaître, surtout si l'on a une notion de contage.

- Le TERRAIN :

- Nous insisterons d'abord sur le terrain sur lequel survient la pustulose.

Dans tous nos cas, les enfants présentaient un eczéma

- soit récent,
- soit rebelle aux diverses thérapeutiques antérieures, l'hospitalisation ayant été nécessitée par une nouvelle poussée évolutive.

Cet eczéma était :

- typique ou
- atypique,
- suintant dans 4 cas.

Nous retrouvons d'ailleurs ici l'opition de TOURAINE et LORTAT JACOB :

" dans 37 cas sur 46, disent-ils, la maladie se greffe
" sur un eczéma de la face, généralement chronique, et
" soumis à des poussées subaigües suintantes."

Cet eczéma peut être en pleine évolution quand apparaissent les pustules. Mais, il peut être en voie d'amélioration, ou mieux disparaît quand survient l'éruption pustuleuse. Il pourra d'ailleurs récidiver, après guérison (Cas I, COLOMB et CASFINGER, NORO).

En dehors de l'eczéma, d'autres lésions dermatologiques pourront servir de point d'appel:

- prurigo strophulus (HALLEZ),
- gerçures dues au froid (SEZARY),
- pemphigus (WIEDMAN),
- impetigo ousycosis.

Mais la peau peut se montrer auparavant saine: TEDDER rapporte 2 cas chez un garçon et une fillette de 8 ans,

BENDRE et SCHUBERT, chacun 1 cas.

- Faut-il, dans le déclenchement de la pustulose, faire jouer un rôle à une infection locale surajoutée concomitante ?

On retrouve :

- 3 otites,
- 1 parotidite,
- 1 épisode pulmonaire aigü

parmi nos observations.

Toutefois, le traitement par les

- Sulfamides (Cas II),
- le Chloramphénicol (Cas IV),
- l'Erythromycine (Cas V) et
- l'association Pénicilline-Streptomycine (Cas VI),

parurent sans action sur la pustulose.

- L'AGE :

L'âge du malade mérite d'être souligné.

Cette affection survient, dans la majorité des cas, chez des nourrissons, surtout entre 5 et 20 mois (nos cas sont compris entre 5 et 23 mois) ce qui s'explique peut-être par la fréquence de l'eczéma dans cette période de la vie.

- Moins fréquents sont les cas chez les adolescents, et
- Beaucoup plus rares chez les adultes;

à titre d'exemples, citons les cas de MILIAN et FERNET (chez une accouchée), de FRUHWALD, de Mac LACHLAN, de GOECKEMAN, et tout récemment de GATE et COLOMB.

- La CONTAGIOSITE :

La contagiosité de la maladie ne fait aucun doute. En règle, la propagation se fait de façon directe : la petite épidémie, rapportée plus haut, a eu lieu dans la

. même salle d'hôpital, salle commune,

. avec un personnel infirmier réduit.

Elle a cependant évolué de façon irrégulière; toutefois,

. les enfants I et II étaient voisins de lit, de même,

. les enfants IV et V (mais ceux-ci séparés par une cloison).

D'ailleurs, la revue des divers cas publiés montre le plus souvent l'existence d'un contage :

. contact récent plus ou moins prolongé avec un sujet récemment vacciné, ou atteint de variole (cas du marin de BENDRE), ou encore d'herpès (labial de la mère dans 2 cas de BRAIN);

signalons à part,

. une angine grave à streptocoque non

non hémolytique chez 3 infirmières dans les cas de Mac LACHLAN et gillepsie.

Mais parfois on peut incriminer une atteinte indirecte : EICHOFF a rapporté un cas de contamination par l'intermédiaire d'une baignoire où s'était baigné auparavant un enfant récemment vacciné.

Ce chapitre soulève le problème des porteurs sains de germes, Mais un tel facteur semble exceptionnel.

D E B U T

Le début de la pustulose survient :

- après une courte incubation, passant en règle inaperçue : en moyenne 8 jours.

Dans nos cas, l'incubation a duré entre 4 et 17 jours. L'étude des dates d'apparition laisserait penser que

- le cas II a contaminé les cas III et IV.

De plus, la durée d'incubation a été plus longue dans le dernier cas.

Le début est bien souvent brutal :

- c'est parfois une fièvre isolée de 38°5 - 39°, mais qui peut atteindre et dépasser 40°, sans signes cliniques objectifs, ou expliquée par la découverte d'une infection focale concomitante.

- souvent à la fièvre va s'associer un oedème localisé où siégera plus tard l'éruption. Cet oedème est rapidement extensif (Obs. I et VI).

PERIODE D'ETAT

En quelques heures apparaît l'éruption pustuleuse; elle a mérité le nom de varioliforme, d'herpétiforme. Nous préférerons celui de : varicelliforme, à cause de certains caractères cliniques particuliers et de l'étiologie, que nous allons soutenir.

- Chaque élément évolue de façon bien particulière :
  - = il débute par une papule rouge, plus claire au centre, de la grosseur d'une tête d'épingle, qui
  - = se transforme bientôt en une papulo-vésicule à liquide clair;
  - = celle-ci se transforme en pustule qui s'ombilique (de façon inconstante et jamais notable dans nos cas) ou peut s'ouvrir.

- Chaque élément augmente de taille pour atteindre 1 ou 2 centimètres de diamètre, de consistance.

  A maturité complète, il se présente :

  = comme un cratère "descendant vers la peau saine comme un talus en pente douce " (TOURAINE).

- Les éléments pustuleux peuvent rester
  - = isolés, peu nombreux,
  - = reposant sur une base erythémateuse non indurée.

  Plus souvent, ils apparaissent sur une plaque érythémateuse et peuvent

  = se grouper à la périphérie de celle-ci.

  Enfin, fréquemment, les pustules

  = confluent.

  En s'ouvrant, elles déterminent:

  = de vastes exulcérations surelévées, sero-sanguinolentes, recouvertes parfois d'enduit diphtéroïde.

- Cette éruption, nous l'avons vu, siège habituellement à la face au niveau des placards eczémateux antérieurs ou en évolution actuelle.

Les régions les plus touchées sont :

- le front,
- les joues,
- la région périorbitaire,
- le menton,
- les oreilles.

Dans un de nos cas (VI) il fut même découvert une pustule au fond du conduit auditif.

Nous avons remarqué chez deux enfants (IV et VI) et nous insisterons sur ce fait,

- une atteinte hémifaciale élective,

rappelant de façon remarquable la topographie du zona.

- Par extension progressive et inoculation de contact, les régions voisines peuvent être touchées (cas I et VI).

L'oeil est rarement intéressé :

= une kératite a été observée 5 semaines après guérison de pustulose chez un de nos petits malades.

De même, on peut observer :

= une atteinte des muqueuses : pointe de la langue, face interne des joues (WHITTLE, LYELL, MILES et STOKES, TEDDER).

Signalons que l'éruption peut siéger ailleurs, en dehors de toute atteinte faciale . PETGES et ROCAZ de Bordeaux, ont rapporté des cas d'éruption siégeantsur :

- les fesses,
- l'anus,
- les cuisses,
- les organes génitaux externes.

Le malade de BENDRE présentait uniquement des pustules sur

- la partie moyenne du pied droit.

Citons encore le cas de SCHUBERT :
pustules localisées d'abord

- aux bras et aux pieds ,
- puis à la tête ,avec alopécie.

Enfin, rappelons le cas de SEZARY, de

- "vaccine du poignet ".

- Fait particulier : dans ces cas de pustulose extra-faciale,il ne semble pas avoir été constatées de lésions cutanées antérieures.

Aux pustules vont s'associer des
adénopathies faites de ganglions hypertrophiés,douloureux.

Une tuméfaction parotidienne unilatérale
pseudo-ourlienne fut constatée dans 2 de nos observations,

. sans rougeur du canal de Stenon
. rapidement évolutive, et
. paraissait liée à une adénopathie intra-parotidienne.

Quant à l'état général, il est en règle bon,
sans aucun signe toxique.

Il n'en faudra pas moins,chaque jour,

. faire un examen sématique complet.

Parmi nos 6 cas, seul le premier fut marqué par une atteinte importante de l'organisme,qui nécessita son transfert dans un Service de pédiatrie.

Dans le cas V, la survenue d'une tachypnée, d'une tachycardie avec assourdissement des bruits, fit prescrire la Digitaline.

On peut observer quelques troubles digestifs :

. vomissements .

(Mac LACHLAN et GILLESPIE, TOURAINE).

- Ainsi donc, on retiendra à la période d'état :

= la fièvre à 39°, 40° en général,

= les pustules, avec leurs caractères bien particuliers,

= l'adénopathie satellite, plus ou moins importante, douloureuse.

E V O L U T I O N

- Cette période va durer 5 à 7 jours,pendant laquelle la fièvre s'abaisse progressivement en lysis , tandis que les ganglions perdent leur caractère inflammatoire.

- Les pustules, ouvertes, laissent sourdre une sérosité sanguinolente, puis vont se dessécher et devenir croûteuses. Les croûtes tomberont en 15 jours, pouvant laisser

. un véritable grêlage cicatriciel (GATE et COLOMB) peut-être peut-on incriminer le rôle du grattage.

-- Une nouvelle poussée de pustules pourra survenir, alors que la précédente n'a pas encore disparu (Obs.VI,FREUND,FREUD).

P R O N O S T I C

- Le pronostic de la pustulose varicelliforme mérite d'être envisagé du point de vue

= local et
= général .

Localement, nous l'avons vu,

=-l'ulcération des éléments est indubitable, qu'elle succède ou non à un stade vésiculeux (TOURAINE).

= Plus ou moins profonde,

= Plus ou moins étendue,

elle peut se compliquer de

= surinfection , par d'autres germes,

évolution toujours possible : il peut s'agir :

- de bacille de KLELS-LOEFFLER (Le Coulant),

mais le plus souvent de germes banaux :

- staphylocoques,
- streptococques,
- pneumobacilles (Exemple Cas I).

L'affection peut entraîner un rententissement sur l'état général.

Les premiers auteurs avaient insisté sur la sévérité de la maladie. C'est ainsi que les 10 cas de KAPOSI eurent une issue fatale, de même que le malade de JULIUS BERG, et que celui de BAAR et FREUD.

Mais, insistons sur le fait qu'en règle, il n'existe aucun rapport entre l'évolution locale et la mort du malade. Bien souvent, celle-ci survient après disparition des pustules et, tous les cas observés concernent des nourrissons débiles de 5 à 10 mois.

La mort peut alors survenir plus ou moins précocement dans un syndrome toxique avec sidération complète de l'organisme, ou dans un tableau de Broncho-pneumonie, de convulsions, d'encéphalite, qui peut poser un problème étiologique (généralisation virale ?).

En fait, actuellement, les conditions d'hygiène, peut être les antibiotiques et les corticoïdes ont rendu rares les évolutions fatales.

Tous les cas rapportés en France et dans les pays anglo-saxons depuis une dizaine d'années, ont eu une issue favorable.

Nous avons vu qu'au cours de la petite épidémie à St-Louis, 2 cas seulement ont soulevé quelque inquiétude.

- l'un, réagit parfaitement aux toni-cardiaque associés;
- l'autre guérit après administration d'antibiotiques et d'hydrocortisone, mais dans ce dernier cas, la pustulose fut suivie :
  - de rougeole purpurique et
  - de kératite.

D I A G N O S T I C

Il reste dans ce chapitre clinique à envisager le Diagnostic de la maladie.

Il est relativement facile si l'on y pense, et nous insisterons :

- sur la notion de terrain : il s'agit en règle de nourrisson eczémateux;
- sur la notion fréquente de contage : vaccination ou herpès ;
- sur les signes cliniques : fièvre à 39°-40° , oedèmes, éléments pustuleux qui s'ulcèrent adénopathie satellite.

Les examens complémentaires seront systématiques; certes, ils n'affirmeront pas le diagnostic, mais seront d'un utile recours pour éclairer le problème étiologique.

- NUMERATION GLOBULAIRE :

- Une numération globulaire avec formule sanguine révèle fréquemment :

= une leucocytose avec polynucléose neutrophile;

mais, parfois, la numération est sensiblement normale, comme nous avons pu le constater.

- On a parlé de plasmocytose au cours de la pustulose varicelliforme (WORINGER de Strasbourg). JANBON de Montpellier, aurait trouvé 2 plasmocytes dans un cas.

L'examen hématologique de l'enfant présenté dans la thèse de BOUCHET montrait 8 plasmocytes.

- EXAMEN MICROSCOPIQUE :

- L'examen microscopique des pustules, après biopsie, révélera :

= leur caractère dermo-épidermique, de style inflammatoire, assez banal.

Le liquide renferme :

= des cellules épithéliales dégénérées et

= des polynucléaires.

On pourra y retrouver :

= des germes banaux (staphylococque, streptocoque)

= ou moins banaux (Pneumobacilles, bacilles de Klebs-Loëffler).

Ailleurs, le microscope électronique va montrer :

= des corpuscules signant la présence d'un virus.

Nous y reviendrons.

- INOCULATION :

- Mais l'essentiel est d'inoculer, aussi précocement que possible, le contenu d'une vésico-pustule au lapin par scarification cornéenne et cutanée.

- RECHERCHE d'ANTICORPS :

- On terminera enfin par une recherche d'anticorps dans le sérum du malade, par réaction de déviation du complément, et dans celui de l'animal inoculé.

- Tous ces examens ont été pratiqués chez certains de nos petits malades à l'Institut Pasteur, dans le Service du Pr. LEPINE. Ils nous ont permis une étude virologique et nous ont amené à émettre une nouvelle hypothèse étiologique.

= Au terme de cette enquête clinique, il sera en règle facile d'éliminer :

- un simple eczéma surinfecté ;
  - si les lésions sont croûteuses, rappelant le banal impétigo.
- une variole, éruption typiquement pustuleuse :
  - les éléments y sont plus disséminés, reposant sur une peau saine,
  - avec atteinte conjointe de l'état général.
- un herpès :
  - les éléments sont groupés au pourtour d'un orifice naturel;
  - les muqueuses peuvent être atteintes.
- enfin, une varicelle ou
  - un zona des nerfs crâniens

  pourront être discutés dans certains cas.

T R A I T E M E N T

= Le Traitement de la maladie sera avant tout prophylactique :

- on doit éloigner un eczémateux de tout vacciné récent, et de tout sujet atteint d'herpès,
- refuser la vaccination antivariolique à un eczémateux.

A ce sujet, rappelons l'observation de CATE et BOYER de Lyon parue en 1932 :

= un nourrisson présentant un eczéma pré et rétroauriculaire depuis plusieurs mois, avait été vacciné au bras droit;

- dans les jours suivants apparurent des vésicopustules sur l'épaule droite
  la face latérale droite du cou
  et la joue droite,
- puis, plus tard, sur le front et les paupières; (remarquons encore ici la topographie curieusement unilatérale).
- La mort survint au 12ème jour par convulsions, dans un tableau hectique.

Il s'en faut cependant que la vaccination déclanche obligatoirement des accidents chez les eczémateux. Parmi nos cas, certains enfants auraient été vaccinés, sans complications particulières.

Mais, comme il est classique, il est préférable de s'abstenir.

- L'action des antibiotiques sur la maladie elle-même est très discutable et elle ne semble s'exercer que sur les germes de surinfection secondaire.

- La pénicilline ,
- La streptomycine,
- La Tifomycine,
- L'Erythromycine ou
- Les Tétrasulfamides

utilisés dans nos cas ont, sans doute, agi sur les infections focales annexes, mais semblent sans action sur la pustulose.

. L'auréomycine, paraissant douée d'une action antivirale, méritait d'être utilisée dans cette maladie, ainsi que ses dérivés plus maniables et mieux supportés :

.(type Tétracycline).

Cependant, on ne peut affirmer que les guérisons obtenues soient leur fait, car la pustulose varicelliforme, elle-même, est spontanément régressive. (Cas III).

Quant à la thérapeutique cortisonique, les avis divergent pour son utilisation dans les cas habituels; beaucoup d'auteurs la réservant aux cas graves. Elle paraît utile et sera toujours associée aux antibiotiques.

Tous les cas de pustulose observés dans le Service (sauf 1 qui ne reçut aucun traitement) ont été soumis au Traitement cortisonique.

DISCUSSION ÉTIOLOGIQUE

Le problème étiologique fait le principal intérêt de cette maladie.

Disons qu'il est loin d'être définitivement résolu, car les étiologies évoquées sont encore très discutées.

Quatre théories sont déjà proposées.
Nous passerons rapidement sur les deux premières, pour insister sur les deux principales :

- la théorie herpétique, et
- la théorie vaccinale.

= La première théorie considère la pustulose varicelliforme comme une affection autonome.

Elle semble cependant difficile à retenir devant les ressemblances avec d'autres éruptions pustuleuses, le contexte clinique, et les éventuelles découvertes virologiques.

= La seconde est en faveur de la nature microbienne de la maladie.

L'examen microscopique et la culture des pustules ont montré, dans certains cas des germes banaux :

- staphylocoque doré pour BAAR, TEDDER, BENDRE et FOYERT;
- staphylocoque blanc pour SCHWARTZ ;
- streptocoque non hémolytique pour Mac LACHLAN et GILLESPIE.

Ces deux auteurs ont retrouvé ce streptocoque dans 14 cas sur 16, lors d'une épidémie hospitalière.

Le contexte clinique sembla plaider en faveur de cette théorie, car les trois infirmières qui s'occupaient des enfants avaient présenté :

. une angine importante .

L'une d'elles eut de :

. grosses pustules sur les bras;

. le même streptococque fut décelé dans le prélèvement de la gorge.

L'examen histologique révéla :

. de nombreux streptocoques non hémolytiques dans le corps des pustules.

Il peut y avoir :

= association microbienne (staphylococque et streptococque surtout) et

même

= association germes banaux et virus (BAAR et FREUD).

Cependant, il est difficile de soutenir facilement cette théorie, l'infection secondaire étant toujours possible. Celle-ci semble de règle lorsque la pustulose survient

- chez des sujets présentant déjà un eczéma infecté

- ou une infection focale en cours de traitement.

Rappelons que furent constatés dans le cas I :

. du staphylococque,

. du streptococque et

. du Pneumobacille dans les pustules; mais l'eczéma suintant et infectéque présentait l'enfant explique facilement ce fait.

On a même découvert :

. des bacilles de Klebq-Loeffler dans la sérosité pustuleuse :

Tels sont les rapports de CARSON et LUDY en 1935, de LE COULANT en 1951 et 1952, de DUPERRAT en 1953.

- L'action favorable, mais inconstante, du sérum antidiphtérique plaiderait en faveur de la nature diphtérique de la pustulose.

Cependant, cette maladie est souvent rapidement curable, même sans sérum, et cette théorie semble donc, elle aussi difficile à admettre.

= La théorie herpétique nous retiendra plus longuement car, avec la suivante, elle a, jusqu'ici, semblé englober la plupart des cas de pustulose.

Elle est fortement soutenue dans les pays anglo-saxons où l'on sait l'herpès beaucoup plus répandu qu'en France. Une enquête sérologique faite en Australie en 1939 a, en effet, montré que 93 % des sujets appartenant à la classe ouvrière avaient des anticorps dans leur sérum.

Récemment, nous avons retrouvé cette théorie soutenue par FELDMAN et NEWMAN, par PUGH, par JACKSON, ainsi que par des auteurs allemands (BERGMANN, MORITSCH et MANEKE). Une observation soutenant cette thèse a été rapportée à la Société Française de Dermatologie en Décembre 1955.

Quels sont les éléments favorables à cette théorie ?

- Les uns sont cliniques .
  - C'est tout d'abord la notion de contage ; sujet atteint d'herpès, en particulier labial, dans l'entourage d'un enfant faisant une pustulose dans les jours suivants (cas de BRAIN, de COLOMB et CASFINGER), contrastant avec l'absence de contact du malade avec d'autres maladies infectieuses d'origine virale.
  - C'est également le siège des éléments, à prédominance périorificiel.
- Les examens paracliniques ne semblent laisser aucun doute :
  - le virus herpétique a pu être isolé plusieurs fois dans les pustules (RUCHMAN et WELSEN, SEIDENBERG et ESSER, SIMPSON).
  - L'inoculation du pus à la cornée du lapin détermine une kérato-conjonctivite, transmissible en série;
  - L'étude au microscope électronique a révélé des inclusions considérées comme typiques.
  - De plus, l'inoculation intracérébrale à la souris détermine une encéphalite mortelle, également transmissible.

. On a également pu doser les anticorps herpétiques apparus dans le sérum après l'éruption pustuleuse; absents en phase aigüe, ils n'apparaissent qu'à la défervescence, devenant maxima le 15ème jour de la convalescence.

. Enfin, BRAIN a systématiquement pratiqué la réaction de fixation du complément avec le liquide vésiculaire comme antigène.

= Ainsi donc, la théorie herpétique semble apparemment reposer sur des bases solides. Sans doute, certains cas de pustulose doivent relever de cette étiologie, quand le contexte clinique et bactériologique sont éloquents.

- Le virus de l'herpès avait pu être suspecté à l'origine de notre épidémie, de nombreux cas d'herpès ayant été signalés lors de l'éruption de pustulose dans une salle d'enfants voisine.

- Mais l'étude virologique a infirmé cette hypothèse.

En effet, chez trois enfants, les réactions de déviation du complément vis-à-vis de l'antigène de l'herpès pratiquées dans :

. le cas I, aux 6ème et 47ème jours ,

. dans le cas II , au 3ème jour,

. dans le cas V, au 27ème jour,

se sont montrées totalement négatives.

Les réactions virologiques ne se sont révélées positives que dans le cas VII : il s'agissait en fait d'un herpès clinique.

Et l'on peut se demander finalement si,

- en l'absence de contage patent avec le virus herpétique,

- en l'absence de preuves bactériologiques nettes,

l'on peut assurément soutenir cette thèse ?

Enfin, avec DUPERRAT, nous soulignerons l'extrême rareté des récidives de pustulose de KAPOSI, par opposition à la fréquence banale des cas d'herpès récidivant. Il existerait, comme l'ont émis RUCHMAN, WELSH et DODD, deux manifestations cliniques de la fièvre herpétique :

. la stomatite herpétique banale

. et l'éruption généralisée,

plus rare, survenant en général chez un eczémateux constitutionnel.

= Abordons maintenant la théorie vaccinale.

Elle est soutenue par la plupart des auteurs français et quelques auteurs anglo-saxons. Tous se basent sur des arguments cliniques et paracliniques poussés .

Les arguments cliniques ne manquent pas.

- C'est tout d'abord la notion de contage :
  la plupart des cas de pustulose sont survenus chez des enfants non vaccinés en raison de leurs lésions cutanées (eczéma chronique). Et,dans beaucoup de cas,il a été retrouvé un contact plus ou moins prolongé avec un vacciné récent contre la variole.

Tels sont les cas rapportés par TOURAINE dans la thèse de Mme BALTER, par COUDERT, par JANBON, par WORINGER, ainsi qu'à l'étranger par FRIES, ANDERSON et WHITTLE.

Ce contact d'ailleurs, nous l'avons vu, semble pouvoir se faire indirectement, par personne interposée.

- Le malade, dont GATE rapporte l'histoire, avait sans doute été contaminé par sa femme qui travaille dans une école maternelle, où de nombreuses vaccinations anti-varioliques avaient été pratiquées.
- On a même pu envisager le rôle d'un objet interposé (baignoire dans le cas d'EICHOFF).

Les caractères de l'éruption plaident encore en faveur d'une vaccine.

Dans les deux cas, les éléments évoluent suivant le même schéma :

- maculopapule ,
- vésicule,
- pustule,
- ombilication,
- croûtes à la fin de la première semaine.

Enfin, un dernier fait clinique est à souligner :

- l'évolution de la vaccination jénnérienne chez des sujets ayant présenté une pustulose varicelliforme, qui témoigne d'une allergie vaccinale secondaire à la pustulose. Après inoculation jennérienne apparaît une papule qui débute dans les 6 premières heures, atteint son acmée en 24 heures et disparaît en 2 à 3 jours.

L'étude anatomopathologique et immunologique de la maladie provoquée par scarification cornéenne et cutanée chez le lapin avec du liquide de pustule, apporte des arguments complémentaires.

- Au niveau de la peau, on observe :
  - une prolifération des cellules épidermiques et
  - leur dégénérescence vacuolaire;
  - elles contiennent parfois des corpuscules de Guarniéri.
- Au niveau de la cornée, même aspect. En 36 ou 48 heures apparaissent au niveau de la zone scarifiée
  - de petites vacuoles, qui évoluent vers la nécrose et l'ulcération (réaction de Paul)
- On va dans certains cas, trouver dans les cellules épithéliales proches du point d'inoculation,
  - des corpuscules fourrés d'une masse fondamentale peu colorée et contenant deux ou trois grains plus foncés; ils sont entourés d'une aréole claire qui s'étend en détruisant le protoplasme cellulaire (FREUND).
- A un degré de plus, grâce à des colorants fluorescents et des techniques de surcoloration, on a pu découvrir
  - des corps de Parchen au niveau des lésions, qui représenteraient la forme végétative du virus.

Ainsi, il n'y a pas d'inclusion dans les noyaux, ce qui permet de différencier ces lésions de celles déterminées par le virus herpès simplex.

En faveur du virus vaccinal plaide encore

= l'inoculation intracérébrale du contenu pustuleux, qui détermine chez la souris une encéphalite légère et curable, tandis que

= l'inoculation secondaire avec le virus herpétique entraîne rapidement la mort, constituant ainsi une contre-épreuve.

- De plus, le virus vaccinal a pu être retrouvé sur la membrane de l'oeuf embryonné.

- Enfin, on a pu mettre en évidence des anticorps dans le sérum du malade au 12ème jour de la maladie, inhibant l'hémoagglutination par le virus vaccinal.

= Tels sont les arguments cliniques et paracliniques en faveur de la théorie vaccinale.

Que doit-on en penser ?

Certes, elle paraît beaucoup plus difficile à discuter que la précédente. Elle est très classique en France et nous avons vu que de nombreux travaux ont essayé d'en montrer le bien-fondé.

Il ne fait pas de doute :

- qu'un contage net,
- une allergie secondaire à la vaccine,
- des recherches virologiques sérieuses, révélées positives,

ne peuvent aller à l'encontre de la théorie vaccinale.

- Mais ces cas ne paraissent pas très nombreux. Les corpuscules de Guarnieri et de Parchen ont rarement été retrouvés; FREUD, GOYERT et TOURAINE n'en ont jamais vu dans la pustulose.

- Des investigations du même ordre ont été faites dans les cas observés dans le Service, grâce à l'obligeance de Mme VIRAT, de l'Institut Pasteur.

  = Jamais le virus vaccinal n'a pu être mis en évidence au microscope électronique dans les pustules fraîches.

  = Et l'absence d'inhibition de l'hémoagglutination en présence d'antigène vaccinal sur les sérums des I et II prélevés après guérison, permet semble-t-il d'exclure le rôle étiologique de la vaccine.

NOUVELLE THEORIE

= Nous en arrivons donc à une nouvelle théorie, exceptionnellement discutée et récusée récemment par GIANOTTI :

la théorie varicelleuse .

Elle découle des constatations cliniques et virologiques, toutes deux d'ailleurs, intimement liées.

- Cliniquement, lors de l'épidémie de pustulose qui fait l'objet de ce travail, aucun enfant n'avait eu la varicelle; et l'on sait l'extrême contagiosité de celle-ci, surtout en milieu hospitalier.

  Dans tous nos cas, on a pu éliminer une vaccine : pas de contage (deux enfants avaient été très antérieurement vaccinés, examens virologiques négatifs).

  De même a-t-on pu éliminer une étiologie herpétique, malgré quelques signes cliniques favorables, surtout dans le cas I, et la notion d'herpès dans une salle voisine. Un seul cas, seulement, le dernier, diagnostiqué pustulose varicelliforme, s'est révélé être un herpès.

  Rappelons, enfin, la localisation près particulière au niveau d'une hémiface dans deux cas, évoquant un zona des nerfs crâniens, et soulignons que NETTER a pu proclamer l'identité de cette maladie avec la varicelle en se basant sur des constatations cliniques, bactériologiques et immunologiques.

Dans deux cas donc, il semblait déjà cliniquement s'agir d'une étiologie bien particulière.

= Or, le microscope électronique a mis en évidence au 3ème jour, dans le cas VI :

" des corpuscules de petite taille, arrondis, n'appartenant
" certainement pas au groupe variolo-vaccinal, et s'apparen-
" tant nettement au virus de la varicelle " (Mme VIRAT).

Malheureusement, la réaction de déviation du complément vis-à-vis de l'antigène varicelleux n'a pu être faite.

Ainsi, la petite épidémie observée dans le Service relève sans aucun doute, non du virus vaccinal , ni du virus herpès simplex, ni de germes pathogènes, mais assez vraisemblablement :

- d'un virus particulier paraissant, sinon identique, du moins voisin du virus de la varicelle.

CONCLUSIONS

La pustulose varicelliforme est une maladie relativement fréquente.

Un chapitre historique nous a montré les problèmes posés depuis l'observation princeps de KAPOSI en 1887.

Après une période clinique, où l'on s'est attaché à décrire et à reconnaître les symptômes de la maladie, celle-ci ne fut étudiée expérimentalement qu'à partir de 1930. Depuis cette date, les observations en deviennent plus nombreuses, aussi bien en France qu'à l'étranger.

Une petite épidémie de 6 cas,en l'espace de deux mois, a été récemment observée dans une salle d'enfants à l'hôpital St-Louis.

Nous avons rapporté les observations,soulignant quelques faits,qui nous ont paru significatifs.

Nous les avons repris ensuite en détail dans un chapitre clinique, thérapeutique et étiologique.

- Cliniquement, nous avons insisté :
  - = sur la notion d'eczéma constitutionnel,
  - = sur le jeune âge des malades,
  - = sur la contagiosité,
  - = sur la topographie des pustules, nettement unilatérale dans deux de nos cas;
  - = enfin, sur le pronostic actuellement en règle favorable.

- Du point de vue thérapeutique, nous avons montré :
  - = l'échec des différents antibiotiques et des sulfamides , sauf de la Tétracycline. Le traitement cortisonique a toujours été associé à faible dose.

- Enfin, dans un chapitre étiologique, nous avons exposé, en les discutant, les diverses théories en présence.

  Nous avons rapidement éliminé celle considérant la pustulose

comme une maladie autonome, ainsi que la théorie microbienne.

Seules :

- la théorie herpétique et
- la théorie vaccinale,

ont retenu notre attention. En fait, nous avons pu éliminer, également, ces deux étiologies dans nos cas.

Et, avec notre Maître, le Docteur M.BOLGERT, pouvons-nous parler de pustulose,non pas vacciniforme ou varioliforme, ou encore herpétiforme, mais bien de :

pustulose varicelliforme ,

englobant par ce terme, clinique et étiologie :

- clinique : si l'on souligne le caractère nettement unilatéral (donc zonal) de l'éruption dans 2 cas, et si l'on pense à la parenté zona-varicelle qui a été soutenue;
- étiologie: des recherches virologiques ayant plaidé en faveur d'un virus voisin sinon identique au virus varicelleux.

VU & PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie de PARIS :

J. SARRAILH

Le Doyen de la faculté de Médecine :

L. B I N E T

Le Président de la Thèse :

R. D E G O S

BIBLIOGRAPHIE

1.- ALBRIGO - Sur un cas d'infection accidentelle par le vaccin DERMOSIFIL, 1938, 13, 386

2.- ALLEN D. KING Arch. of Dermat. and Syphil. N° 6 Juin 1939, pp. 1035 - 1037

3.- ANDERS - Un cas de vaccine généralisée avec issue fatale Zschr. Hyg. InfektionsKr. 1919, 88, 116

4.- ANDERSON (T.) - Brit. J. DERMAT. 1949, 61, pp. 157- 166 Dermatite varicelliforme de KAPOSI-JULIUSBERG

5.- ARRIGHI - Pustulose vacciniforme origine de KAPOSI-JULIUSBERG Bull. Soc. Franç. Dermat.& Syphil. 1955, n°2 pp.219 - 220

6.- ARZT (L.) - Pustulosis varioliformis accuta - Eruption varicelliforme de KAPOSI

7.- BAAR et FREUD - WIEN Med. Wochenschr, 81, 29, 8, 31, p.1157

8.- BAKER (W.H.) et Coll. - Infection généralisée primaire causée par le virus herpétique Brit. Med. J. N° 4798, Dec. 1953,pp.1334-1335

9.- BALTER (E.) - Thèse PARIS 1943. La pustulose varioliforme existe-t-elle ?

10.- BARROW - Le virus herpès simplex dans l'eczéma infantile Brit. Med. J. 20 - 2 - 54, pp.482-86

11.- BARTON (R.) et BRUNSTING (L.) - Arch. Dermat. and Syphil. 1944, 50, pp.99-104

12.- BENDRE - Dermat. Wochenschr. 100, 16.3.1935, p.305

13.- BERGMANN - Sur l'eczéma herpétiforme de KAPOSI Dermat. Wochenschr.131 (8),1955, pp.178-82

14.- BETTLEY - Brit.J.Dermat. 1940, 52, 222

15.- BLATTNER (R.), HEYS (F.) et HARRISSON (M.) -

Etiologie de la pustulose varicelliforme de KAPOSI

J. Pédiatrie; 1945, 27, p.207

16.- BLATTNER (R.), HEYS (F.), CONRAD (A.) et WEISS (R.) -

Eruption varicelliforme de KAPOSI -

Southern Med. Journal. T.42, n° 9, Sept. 1949 pp. 813-816

17.- BLOCHMANN (F.) - La vaccination est-elle pratiquée avec toutes les précautions indispensables ? Discussion de quelques cas de transmission de la vaccine avec perte d'un oeil associée .

PIETZKER. TÜBINGEN, 1904

18.- BOLGERT (M.), DELUZENNE (R.), FESQUET (J.P. et POIGET (R.)

Epidémie de pustulose varicelliforme de KAPOSI - JULIUSBERG au Pavillon Lugol.

Soc. Franç. de Dermat. 14 Juin 1956

19.- BORRIE (P.F.) - Eruption varicelliforme de KAPOSI traitée par l'aureomycine.

The lancet. T.258, n°6614, 8 Juin 1950,pp.1038-39

20.- BOUCHET (Y.M.) - Thèse PARIS 1953 - Données cliniques et étiologiques actuelles sur la pustulose varioliforme aigue de KAPOSI

21.- BRAIN (R.T.) - Brit. J. Exp. Path. 1932, 13, 166
1933, 14, 67

22.- BRAIN (R.) et LEWIS (B.) - Brit.J. Dermat. 1937, 49, 551

23.- BRAIN (R.) DUDGEON (J.) et PHILPOTT (M.) - Brit. of Dermat. 1950, 62, pp.203-12

24.- BROWN (W.H.) - Brit. J. Dermat. Janv. 1934, 46, 1.

25.- BUSCH (N.) - Eczéma des vaccinés - Arch. of Dermat. Janv. 1933, 167, 471

26.- CALMETTE (A.) et GUERIN (C.) - Ann. Inst. Pasteur 1901, 25 p.161

27.- CARSON et LUDY - Americ. J. Dis. Child, 50, Déc. 1935, p.1476

28.- CAVALIERI (R.) - Dermite vaccinale et éruption varicelliforme de KAPOSI 9, N° 7-8, Juillet - Août 1954, pp.199-206

29.- CHAPUIS et STRAUSS - Deux cas de pustulose varioliforme aigüe.

Bull. Soc. f. Dermat. 1955, n°2, Pp. 156 - 7.

30.- COUDERT et DEVIC' - Soc. Fr. Dermat. 27 Juin 1947

31.- DANZIGER (F.) - Vaccine généralisée.

Munch. Med. Worch. 6 Aôut 1907, 54, 1583

32.- DRAGGO (Z.) - Sur un cas d'exanthème vaccinal généralisé

Pediatra, Sept. 1924, 32, pp; 10-45

33.- ELLIS (F.A.) Eczéma des vaccinés. Ses rapports avec la vaccine généralisée.

J. of Med. Ass. 104 - 25 Mai 1935, p.1891

34.- ESSER (M.) - Ann. Paed. (BÂLE) 157, 1941, pp.156-161

35.- EVANS, BOLINS et STEVES - Arch. Dermat. Fév. 1945, 51, 134

36.- FEIT (H.) - Pustulose vaccinale aigüe suivie d'anurie et de spasmes tétaniques compliquant un eczéma infantile

N.Y. State Med. J. Mai 1933, 33,pp.645-47

37.- FELDMAN et NEWMAN - Eruption varicelliforme de KAPOSI : eczéma herpétiforme (Annals of Allergy 13 (4) July, August 1955, pp.403-7. Arch. Dermat. 71 (3) Mars 1955,pp.399-401

38.- FREEDMAN (S.) et BARRETT (J.) - Eruption varicelliforme de KAPOSI -

The New England J. of Med, T.241, n°17 1949, pp.644-647

39.- FREUD (P.), MONATSCHR. J. Kinderh. 51, 1931, pp.28-31

40.- FREUND (H.) DERNAT Wochenschr. 98, 13.1.1934 n°2 pp.52-58

41.- FRIES (J.) BORN et BARNES - J. of Pediat. 1948, 32, p.532

42.- FRÜHWALD (R.) - Zentral H V G, 59, n° 7 - 8 - 5 Juil.1938 p.386

43.- GATE (J.) et BOYER - Vaccine étendue du visage et du cou chez un enfant atteint d'aczéma de la joue; décès, encéphalite probable

Janv. 1932, p.46, Bull. Soc. F. Dermat.

44.- GATE, COLOMB et FAYOLLE - Mustulose varioliforme aigüe chez un adulte eczémateux.

Soc. Fr. dermat.N° 2, 1956

45.- GERONNE (A.) - Therap. Mschr.J. 1910 - 47 - 133

46.- GIANOTTI (F.) - Rapport clinique de 22 cas d'eruption vari - celliforme de KAPOSI. Ses rapports avec la varicelle et la vaccine

Gionn. Ital. di Derm. e Sifil. 96, 3, 1955, pp. 254-259

47.- GOYERT - Dermat. Wochenschr. 108, n°17, Avril 1939 pp.478-82

48.- GRAVES et DOWMAN - Vaccinose accidentelle. Vaccination et eczéma du vacciné

N.Y. State J.Med. 1937, 33, pp.1833

49.- GRIST (N.R.) Eruption varicelliforme de KAPOSI. Etude de 9 cas et discussion étiologique. Glascow Med.J. T.31, Janv. 1953

50.- GUNS (H.A.), HALKENTHAL (M.) et KAMENTZEWA - Nouvelles expériences et recherches sur la généralisation du virus de la vaccine

Zbl. Baht Jan. 1929, pp.110-15

51.- HALLEZ (GL) - Pustulose vaccinale aigüe. Ses rapports avec la vaccine -
Nourrisson, Juillet-Août 1944, n°4, pp.80-84
Gaz. Med. France, 1945

52.- HERSBERG et SMITH - Vaccine généralisée chez un enfant eczémateux; mise en évidence du virus et commentaire sur l'éruption varicelliforme de KAPOSI.

Ann. J. Dis. Child. Jan. 1945. 69, pp.33-36

53.- JACKSON (A.D.) et DUDGEON (J.A.) - Eruption varicelliforme de KAPOSI; diagnostic et traitement

Great Ormond St Journal N° 2, Dec.1951, pp.125-32

54.- JAEGER et DELACRETAZ - Eruption varioliforme de KAPOSI

Dermatologica, Basel, 106, 3.5.1953,pp.303-305

55.- JANBON, BERTRAND et IZARN - Soc. Ped. de MONTPELLIER - Dec. 1948, p.636

56.- JULIUSBERG - Arch. of Dermat. and Syph. 1898, n° 46,p.21

57.- KAISER (M.) - Expériences sur la cornée de lapin dans la Pustulosis varialiformis acuta -

Wiener Mediz. Woch. 101, n°49, Déc.1951, pp.932-35.

58.- KAPOSI - Path.u. Therap. des Krank. 1899 p.500-1

59.- KEINING - Vaccination accidentelle compliquée par un exanthème polymorphe.

Dermat. Woch. 1931, 92, 735

60.- KINNIG (J.) - Contribution à l'origine et au traitement de l'eczéma herpétique (pustulose herpétiforme de l'enfant de KAPOSI)

Der Hautarzt 1° année,n°11,nov.1950,pp.518-19.

61.- KING (A.D.) - Eruption varicelliforme de KAPOSI. Relation de 5 cas dont l'un à début zosteriforme.

Arch. Dermat. Juin 1939, 39, pp.1035-39

62.- KISSEMEYER et BUHL - Revue of Dermat. 11.N°3, Mars 1933, pp. 133-37

63.- KRIEGK (H.J.) - Pustulose varioliforme aigüe de KAPOSI. Eczéma herpétique, infection par herpès simple.

Dermatol. Woch. T.121,n°20,1950,p.461-69

64.- KUMMER (L.) - Contribution à la pustulosis varioliformis acute

Wiener Mediz. Woch. 101, n° 49, Déc. 1951, pp.932-35.

65.- LANDTMAN et HANOLEN - Eruption varicelliforme de KAPOSI - Eczéma herpétiforme. Rapport d'une épidémie de quartier

Ann. Paediat.1954-55, pp.61-73

66.- LAUSECHER - Eruption varicelliforme de KAPOSI - Eczéma herpétiforme

Arch. Dermat. Syphil. Berlin 196-2,1953,pp.183-222

67.- LE COULANT - Pustulose varicelliforme aigüe

Enc. Med. Chirurg. Dermatologirw 2.1079 B. 1950.2-4

68.- LE COULANT et SOURREIL - A propos de quelques formes de diphtérie cutanée primitive, impetigo, éruption varicelliforme diphtérique de l'enfant

Ann. Dermat. 1951, 78, pp.300-314

69.- LE COULANT et SOURREIL - Deux nouveaux cas de diphtérie cutanée vacciniforme ou varicelliforme

Ann. Dermat. 1952, 79, pp.48-53

70.- J.SPRY, LEVERTON et WHITTLOCK (F.) - Un cas mortel d'éruption varicelliforme de KAPOSI. Brit.J.Dermat. T.61,n°5 Mai 1949 pp.170-73

71.- LORTAT-JACOB, LEGRAIN et SOLENTE - Vaccine généralisée par inoculations multiples chez une malade atteinte de prurigo eczématisé

Bull. Soc. Dermat. 1923, 80, 156

72.- LUTZ (W.) - Pustulose aigüe varioliforme ou vacciniforme

Dermatologica. 1942, 86, n°2-3, pp.138-44

73.- LYNCH et STEVES - Arch. Dermat. and Syphil.1947,55,pp.327-36

74.- Mac LACHLAN - Brit.J.Dermat.46, Juin 1934,p.6

75.- MALLARDI - Sur un cas d'éruption varicelliforme de KAPOSI Lattante (Parma)24-10 Oct.1953 pp.824-28

76.- MANEKE - Sur l'eczéma herpétique de l'adolescent
Mschr. Kinderh. 102-4 Avril 1954 pp.258-62

77.- MATHIEU - Thèse BORDEAUX 1951. Pustulose varioliforme aigüe

78.- MILIAN et FERNET - Pyodermite varioliforme post-puerpérale
Revue Fr. Dermat, Déc. 1933,n°12, pp.613-16

79.- MILLER (O.B.) ARBESMAN (C.) et BAER (R.L.) - Herpes simplex cutané disséminé (éruption varicelliforme de KAPOSI)
Arch. Fr. Dermat.T.62,n°4 Oct.1950 pp.477-90

80.- MORAWETZ (G.) - Etudes cliniques sur la variole.Immunité conférée par le vaccin.
Arch. Fr. Dermat. 1923, pp.149-59

81.- MORITSCH - Diagnostic experimental de l'éruption de KAPOSI
Hautarzt BERLIN, 5 - 5 Mai 1954, pp.220-3

82.- PAUL (G.) - Arch. Fr. Dermat. 1900 p.52

83.- PERRY (F.G.) et MARTINEAU (P.C.) - Eczéma vaccinatum
The Journal of Med. Association.T.141 N° 10
5 Nov. 1949, pp.657-58

84.- PETGES et ROCAZ - Paris Médical, 5 Mars 1931, pp.190-95

85.- PUGH, DUDGEON, et BODIAN - Eruption varicelleuse de KAPOSI; eczéma herpétiforme. Rapport de 3 cas récents.
J.Path. Bact. LONDON, 69 (t.2) pp.67-80

86.- RESTA - Emploi varicelliforme de KAPOSI due à l'herpes simplex
Minerva Derma TORINO, 28-7-1953, pp.165-67

87.- RIMBAUD (P.), RAVOIRE (J.) et IZARN (P.) - Trois cas d'éruption varicelliforme de KAPOSI
Bull. Soc. Dermat. 1954, 61 pp.147-48

88.- ROSSIER (A.), FASQUELLE (A.) ANDRIVET (R.) - Pustulose vaccinale aiguë
Ann. Pediat. N°11.2. 20 Fév.1956

89.- RUCHMAN, WELSH (A.) et DODD -

Eruption varicelliforme de KAPOSI

Arch. Dermat. and Syphil.1947 pp.846-63

90.- RUCHMAN et DODD - Eczéma vaccinal. Isolement du virus vaccinal à partir de lésions cutanées de deux enfants et mise en évidence d'une élévation des anticorps pendant la convalescence.

Pediatrics, 1948,a,1,364
J.Pediat., 1948,b,33,544

91.- RUITER (M.) et NELEMANS (TH.G.) - Etiologie de l'éruption varicelliforme de KAPOSI.

Acta Dermat Venerol.29,fasc.5,1949,pp.460-69

92.- SEZARY - Vaccine du poignet.

Soc. Dermat.3 Mars 1944

93.- SCHWARTZ - Arch. Dermat. and Syphil.39, n°1 Jan.1939 p.173

94.- SIMPSON (J.) - Eruption varicelliforme de KAPOSI. Transmission directe à une infirmière

The British J. of Dermat. T.65 N°4 - Avril 1953,pp.133-42

95.- SOMMERVILLE (J.), NAPRES (W.) et DICK (A.) - Eruption varicelliforme de KAPOSI. Rapport sur une éruption.

The British J. of Dermat.t.63,n°6, Juin 1951, pp.203-14

96.- TEDDER (J.) - Arch. Dermat. and Syphil.34 N°6 Déc.1936 pp; 1008-27

97.- TOURAINE, AMSLER, LORTAT-JACOB et RISTELHUEBER.-

Bull. Soc. Franç.Dermat. 1942 N° hors série p.266

98.- VAYRE (J.), COLOMB (D.) et CASFINGER (H.) - Pustulose varioliforme aigüe de KAPOSI peut-être due au virus herpétique.

Soc. Franç. Dermatol.Bull.N°2, 1956

99.- VENTURI - Sur quelques cas de vaccine accidentelle

Dermosifil, 1928, 3, 576

100.- VORLEY (R.) et KLETZ (P.) - Un cas d'éruption varicelliforme de de KAPOSI (herpes systematisé) avec ulcération dendritique de la cornée

Brit.Journ. of Dermat.N°5 Mai 1949, pp.166-70

101.- WHITTLE, LYELL, MILES et STOKES -

Brit.J. of Dermat. 1950, 62 pp.195-203

102.- WOLNITZA - Contribution à l'étude de la vaccine généralisée et mise en évidence du virus dans l'urine

Arch. Fr. Dermat. 1938 - 177 - 186

103.- WORINGER et WIENER -

Soc. Dermat. STRASBOURG, Nov. 1950.